UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947 — N° 113

LA GROSSE NICHE DE HAUDEK

SES SIGNIFICATIONS

TRAVAIL DE LA CONSULTATION DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
(Professeur agrégé DUBARRY)
DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU PROFESSEUR DUPÉRIÉ.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Juillet 1947

PAR

Maurice-Jean-Pierre PÉCHEUR

Né à Paris, le 19 Septembre 1920

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUPÉRIÉ, professeur..... *Président*
DE GRAILLY, professeur.....
SARIC, agrégé..... *Juges*
DUBARRY, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1947

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536523_0042

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947 — N° 113

LA GROSSE NICHE DE HAUDEK

SES SIGNIFICATIONS

TRAVAIL DE LA CONSULTATION DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
(Professeur agrégé DUBARRY)
DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU PROFESSEUR DUPÉRIÉ.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Juillet 1947

PAR

Maurice-Jean-Pierre PÉCHEUR

Né à Paris, le 19 Septembre 1920

Examinateurs de la Thèse :

- MM. DUPÉRIÉ, professeur..... — *Président*
- DE GRAILLY, professeur.....
- SARIC, agrégé..... — *Juges*
- DUBARRY, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — **ASSESSEUR** : M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT,
ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ, CREYX
Clinique chirurgicale et gynécologique	CHARRIER
Clinique chirurgicale	PAPIN
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	PIÉCHAUD
Médecine légale et deontologie	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	N...
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	N...
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

MM. PERRENS (Maladies mentales), FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUFOUR
Physiologie	N...
Médecine générale	N..., N..., N..., BROUSTET, N..., SARIC, DUBARRY, J. TRAISSAC
Chirurgie générale	N..., MASSÉ, N..., MAGENDIE

	MM.
Chirurgie générale	POUYANNE, LAUMONIER
Obstétrique	N..., MAHON
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Chimie médicale	TAYEAU
Physique médicale	REBOUL
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	CASTAGNOU
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD
Pharmacie	MESNARD, N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	N...
Histologie	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ
Accouchements	FAUGÈRE
Puériculture	PÉRY
Urologie	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	CASTAGNOU
Botanique	GIRARD

	MM.
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	BLANQUET
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL
Pathologie chirurgicale	J. VILLAR
Electro-radiologie	CAILLON

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACHAPELLE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Qui fut un de nos Maîtres.
Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. DUBARRY

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Qui nous a inspiré ce travail, nous en a fourni les observations et nous a guidé de ses conseils.
Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

A NOS MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX

A NOS JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R DUPÉRIÉ

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.
En témoignage de notre profonde
gratitude.

LA GROSSE NICHE DE HAUDEK. SES SIGNIFICATIONS.

INTRODUCTION

L'introduction de l'oxy-ferriscorbone sodique dans la thérapeutique de l'ulcère de l'estomac nous paraît marquer une étape dans le traitement médical de cette affection.

Des observations, déjà nombreuses, ont montré qu'il était devenu possible d'améliorer, voire même de guérir médicalement des ulcères géants de type calleux, à grosse réaction péri-ulcéreuse, rendant inutile l'acte chirurgical, considéré par beaucoup d'auteurs comme le seul traitement efficace.

M[lle] Menier et André Pélissier, dans leurs thèses inspirées par le Professeur agrégé J. Dubarry, ont réuni de magnifiques observations prouvant que l'on devait déjà envisager une certaine révision dans la thérapeutique classique de ces ulcères qui, parfois, sont de taille gigantesque.

Bien mieux, et c'est ici le sujet de cette thèse, le Professeur J. Dubarry a réuni six observations, qu'il a bien voulu nous communiquer, de gros ulcères à niche de Haudek, typiques, qui tous ont vu leurs symptômes cliniques et radiologiques disparaître, grâce à la ferriscorbone sodique.

Ce dernier fait a une importance pratique de premier ordre. Il ne s'agit pas d'un simple détail de séméiologie radiologique.

On considère généralement, en effet, depuis les travaux de Haudek, que ces images sont produites par des ulcères

perforés, bouchés par un organe voisin, en particulier le foie ou le pancréas, et dont le traitement est d'ordre chirurgical.

Ces ulcères se rencontrent en général chez des sujets à vieux passé gastrique, affaiblis, anémiés, asthéniques, habituellement très amaigris, chez lesquels on n'envisage jamais sans crainte une intervention, leur état général mauvais diminuant considérablement les chances de guérison. De plus, ces graves lésions ulcéreuses de la portion verticale de l'estomac ne peuvent être traitées chirurgicalement que par gastrectomie subtotale, opération grevée d'une mortalité non négligeable.

Pour ces raisons, il est incontestable que ce traitement médical est très intéressant, d'autant plus qu'il n'exclut nullement l'opération, dont il pourra être l'acte préparatoire dans certains cas, acte souvent nécessaire pour améliorer l'état du malade et lui permettre de subir l'intervention dans de meilleures conditions physiques et techniques.

Cette méthode est toujours parfaitement supportée. Elle n'entraîne pas d'incidents ni de complications au niveau de l'ulcère.

A la lumière de nos observations, d'accord en cela d'ailleurs avec F. Moutier et avec R. A. Gutmann, nous avons été amené à conclure qu'une niche de Haudek typique n'est pas forcément la signature d'un ulcère perforé bouché, mais qu'elle peut être l'image d'un ulcère banal, non extériorisé de la muqueuse gastrique, avec réactions locales d'ordre inflammatoire ou spasmodique.

HISTORIQUE DE LA NOTION D'ULCÈRES A NICHE DE HAUDEK

C'est en 1907 que le médecin viennois Haudek voit pour la première fois une tache de bismuth prolongeant l'ombre gastrique et symptomatique d'une ulcération de la paroi. Hemmeter, un an après, publie quelques cas de diagnostic radiologique d'ulcères.

En 1910, au Congrès de Berlin, Haudek rapporte deux observations capitales d'ulcères à niches diverticulaires, dont il fait une description détaillée. Il expose la technique qu'il a suivie pour arriver à reproduire sous écran les lésions de la paroi gastrique, les nombreuses expériences qu'il a faites sur des chiens.

Au Congrès de Kœnigsberg, en septembre de la même année, il est en mesure de présenter dix-sept autres observations et trente-huit en 1911. A l'opération, il constate que tous ces ulcères, qu'il appelle alors « pénétrants », se révèlent perforés et bouchés par un organe voisin, en général le foie ou le pancréas.

Il en conclut que cette affection est très grave, relativement fréquente, et que le seul aspect de la niche doit toujours inciter le médecin à remettre d'urgence son malade entre les mains d'un chirurgien.

Voici la description qu'il donne de cette niche :

« L'ulcus se présente sous l'aspect d'un diverticule prolongeant la cavité gastrique. Il siège à la petite courbure, le plus souvent à la partie moyenne, et se caractérise par les signes radioscopiques suivants :

« 1° Existence d'une tache de bismuth, séparée de l'ombre formée par l'estomac rempli de baryte, ou consti-

tuant une sorte d'appendice siégeant à la hauteur de la portion moyenne de la petite courbure.

« 2° Immobilité à la palpation.

« 3° Persistance du diverticule par l'arrêt du bismuth à son niveau.

« 4° Présence d'une chambre à air au-dessus de la tache.

« 5° Impossibilité de modifier cette tache à la palpation. »

A cette époque (1911), Haudek, Faulhaber et Reiche soutiennent que la niche révèle la dimension exacte de l'ulcère, son degré de pénétration, ses adhérences avec les organes voisins.

Cependant, Faulhaber, en 1914, à la description faite par Haudek, ajoutait un symptôme qui, à ses yeux, revêtait une importance capitale, à savoir l'encoche de la grande courbure, donnant l'image de « l'estomac en sablier », dont nous parlerons plus tard. Il en faisait le signe essentiel, après la niche.

Après la guerre de 1914-1918, en France, R. A. Gutmann précise les éléments constitutifs de la tache diverticulaire. Il décrit son contenu, formé de trois couches superposées : une inférieure, noire, constituée par un dépôt de baryte; une moyenne, légèrement plus claire, à niveau horizontal, formée par le liquide de stase; une supérieure, aérique, claire, représentant la bulle d'air signalée par Haudek.

Cependant, Pierre Duval, Loeper et H. Béclère signalent que cette bulle d'air fait souvent défaut sans que pour cela la signification de l'image de la niche en soit modifiée.

Mais ces auteurs entendent déjà par niche de Haudek toute image diverticulaire par ulcération de la portion verticale de l'estomac, acception plus large que ce qu'avait décrit Haudek. En somme, pour eux, la niche de Haudek est la traduction radiologique de tout ulcère de l'estomac, du moins dans sa portion verticale, quelles que soient sa taille, sa forme, sa profondeur. Il n'est plus question exclusivement de grosse niche ovoïde unie au corps de l'estomac par un collet plus étroit.

Mais nous ne tiendrons compte dans notre travail que de cet aspect typique de la niche de Haudek, qu'il y ait ou non niveau liquidien et bulle d'air, ce détail de séméiologie radiologique nous paraissant accessoire puisqu'il ne peut être observé que sur des clichés pris en position debout. Notons que cette niche ovoïde peut flanquer la petite courbure ou son versant postérieur dans certains cas *(cf.* thèse A. Pélissier), paraissant isolée de l'estomac par un intervalle clair, de quelques millimètres.

Ces divers travaux radiographiques, consacrés à ces grosses niches de la petite courbure, eurent un grand retentissement dans le monde. Les journaux médicaux, anglais et américains, publièrent *in-extenso* les articles de Haudek, et tous les auteurs furent d'accord pour en adopter les conclusions résumées par Mayo en ces termes : « La niche de Haudek est caractéristique de l'ulcère extériorisé, perforé bouché ».

Cependant, Gutmann ne tarde pas à signaler que, très souvent, les ulcères extériorisés donnent des images radiologiques très diverses. Non seulement la bulle d'air manque parfois, mais l'image de Haudek est très fréquemment absente et remplacée par une niche d'ulcère simple cratériforme. Les signes radiologiques de niche ulcéreuse peuvent même être temporairement inexistants.

Périgord (1926) a réuni vingt observations d'ulcères perforés bouchés, vérifiés opératoirement. Sur ces vingt cas, deux seulement présentent la niche typique décrite par Haudek.

LES ULCÈRES A NICHE DE HAUDEK GUÉRIS MÉDICALEMENT

En lisant les articles de Haudek, nous constatons que vers 1930 cet auteur a légèrement modifié son point de vue. Il n'est plus aussi catégorique sur la signification de la niche ; il admet à cette époque que l'image peut ne pas représenter

exactement l'étendue de la lésion et son degré de pénétration, mais il reste toujours persuadé de sa gravité.

Cependant, de nombreuses années auparavant, Strauss avait publié le cas d'un malade présentant une « niche de Haudek » de la petite courbure, et chez lequel on trouva un ulcère calleux non adhérent, qui échappa à une intervention et ne fut révélé qu'à l'autopsie, le malade ayant succombé à une maladie intercurrente. Mais dans ce travail, on ne trouve pas de cliché radiologique et l'auteur reconnaît qu'il s'agit d'une niche atypique. Mérite-t-elle donc bien le qualificatif de niche de Haudek ? Il en est de même pour Ohnel qui, en 1920, rapporte trente-quatre cas qui tous ont été guéris ou améliorés par un traitement médical, avec disparition complète de la niche à l'examen radiologique. De même encore de Buskstein qui, en 1921, en cite un cas; de Shattuck, la même année, qui en publie cinq cas sur six; de Oudard et Feissly (un) ; de Frandsen (six).

Timbal, en 1922, dans son compte rendu du Congrès Français de Chirurgie, publie six observations de Caillé et Moutier où des images diverticulaires accompagnant des ulcères jugés d'abord perforés bouchés, avaient cependant disparu grâce au traitement médical. Il ajoute un cas personnel dont il publie l'observation. L'ulcus y dessine « un petit estomac en miniature » à la partie médiane de la petite courbure. Il y a une encoche spasmodique de la grande courbure donnant l'aspect de l'estomac biloculaire ou en sablier.

Il insiste sur un symptôme qui, à ses yeux, est capital, c'est la persistance de la tache qui demeure « suspendue » longtemps après l'évacuation gastrique.

La malade, une jeune fille qui souffrait depuis de nombreuses années, a guéri en deux mois avec disparition de la niche à tous les examens radiologiques, à la suite d'un traitement médical extrêmement sévère.

Mais nous devons de suite dire que, après avoir examiné ces différentes publications, nous nous sommes aperçu

qu'il s'agissait toujours de très petites niches de la grosseur d'un haricot ou d'une noisette au plus, image que peut facilement produire une légère infiltration œdémateuse de la muqueuse péri-ulcéreuse, comme nous le verrons plus loin.

Pierre Duval, qui au Congrès de Chirurgie de 1920 avait mis en garde contre ces observations qu'il qualifiait de fausses niches de Haudek, en rapporte trois cas en 1926 : un de Pétren à niche typique, qui s'est révélé à l'opération être un ulcère pariétal, et deux de Quervain où l'on trouve de vrais diverticules causés par l'atonie gastrique. Dans son livre sur le radiodiagnostic de l'ulcère de l'estomac, écrit en collaboration avec Béclère et J. Ch. Roux en 1935, il admet que parfois ces niches peuvent être dues à des ulcères banaux, et Gutmann est aussi de cet avis.

Il est donc intéressant de constater que tous ces auteurs, après avoir longtemps étudié ces niches, ont émis quelques réserves sur la signification absolue que primitivement Haudek avait attribué à leur aspect radiologique et qu'on leur attribue encore couramment.

Cependant, à l'examen des diverses publications relatives aux ulcères à niche de Haudek, il nous est apparu que certains auteurs ont étendu ce terme à toutes les niches ulcéreuses gastriques quelles que soient leur forme et leur dimension, ce qui a prêté à confusion. Ils ne joignent qu'exceptionnellement les clichés radiographiques à leurs publications et ne donnent de la niche qu'une description sommaire. Nous ne faisons donc ici que les citer sans nous en inspirer.

Nous nous en tenons à la description primitive donnée par Haudek : « Grosse image diverticulaire, ovoïde, flanquant la petite courbure gastrique dans sa portion verticale et unie à elle par un collet plus étroit. L'aspect est encore plus typique lorsqu'il y a sur les clichés pris en position verticale un niveau liquidien et une bulle d'air à la partie supérieure, mais ce dernier caractère est contingent ».

OBSERVATIONS

dues à l'obligeance de M. le Professeur agrégé J. Dubarry

Les observations qui suivent sont très instructives. Elles ne prétendent nullement prouver la possibilité de guérison des ulcères perforés bouchés. Il est probable que ces derniers ne peuvent pas disparaître radiologiquement par un traitement médical; du moins nous ne le croyons pas.

Il faudrait en effet supposer que la paroi gastrique ait la faculté de se refaire entièrement, et que la périgastrite qui fatalement a colmaté latéralement la perforation empêchant la péritonite ait disparu.

F. Ramond, qui a effectué de très intéressants travaux sur la cicatrisation de la paroi de l'estomac, nous dit que la guérison est fonction du degré de pénétration. Si la muqueuse seule est intéressée et a disparu, sa réparation peut être totale et définitive; mais s'il y a véritablement ulcère, c'est-à-dire si le processus destructeur a dépassé la *muscularis mucosæ*, la cicatrisation ne s'effectue qu'au prix d'une réparation incomplète, représentée par une muqueuse anormale et fragile, sans appareil glandulaire ni musculaire, à la merci, semble-t-il, de la plus banale des irritations. C'est ce qui peut expliquer, en partie du moins, la récidive *in situ* des ulcères.

Observation I

(Publiée partiellement dans la thèse de M^lle^ Menier.)

M^me^ Man..., cinquante-neuf ans, vernisseuse au tampon, présente des troubles gastriques survenus brusquement en

juillet 1943. Ces douleurs sont immédiatement postprandiales puis, par la suite, sans horaire fixe, avec vomissements aqueux, douleurs à type de torsion et crampes, sans irradiations. Pas de vomissements alimentaires. La malade est anorexique; nuits bonnes. Amaigrissement de 8 kg. Ces troubles ont présenté une rémission d'un mois, puis ont repris une demi-heure après les repas.

La radiologie a révélé un ulcère géant du versant postérieur de la petite courbure, partie moyenne de la portion verticale, à type diverticulaire, sans bulle d'air.

A ce moment, on fait des pansements gastriques, l'histadimilli amène une amélioration sensible; les crises sont moins fortes pendant trois semaines.

On enregistre une nette diminution de la niche. Elle est de 33 mm./20 mm.

En décembre 1943, se produit une nouvelle reprise des douleurs qui sont beaucoup plus violentes que précédemment.

On fait une série de quinze injections de ferriscorbone, à la

suite de laquelle on enregistre une nette amélioration de l'état général de la malade et une reprise de poids de 2 kg.

A la radio, on constate une nette diminution de la niche.

En mars, reprise des douleurs. On refait une autre série de ferriscorbone. Les injections mettent très longtemps à faire cesser les douleurs : ce n'est que vers la fin, seulement, qu'elles finissent par calmer la malade.

Une radiographie montre une très nette diminution de la niche (22 mm./15 mm.).

En mai 1944, la malade est prise d'une nouvelle crise de douleurs. On lui fait encore une série d'injections de ferriscorbone, et l'on enregistre une disparition des douleurs, qui ne sont pas revenues depuis.

Au cours de l'examen radiologique d'août 1944, on constate la disparition complète de la niche.

Observation II

(Publiée partiellement dans la thèse de M[lle] Menier.)

M. Cos... employé de bureau, cinquante-trois ans. Depuis septembre 1943, après certains repas, sans intolérance élective, gêne puis douleur en barre, deux heures après le repas. Inappétence. Selles normales. Gros amaigrissement.

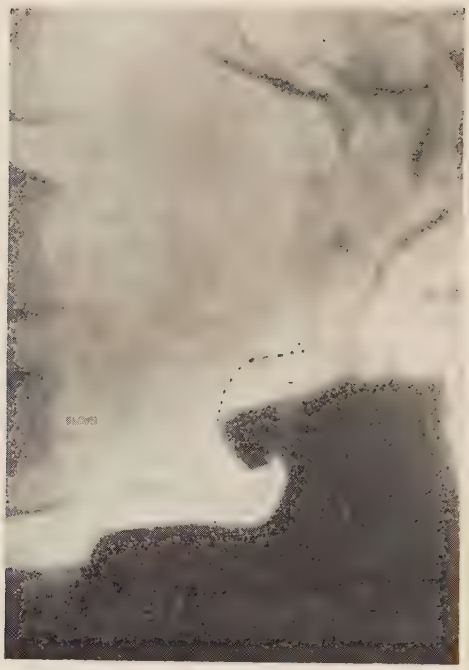
En décembre 1943, à l'examen, le sujet est déshydraté, cachectique et très pâle. L'épigastre est tendu et sensible.

Radiologiquement, niche de 3 cm./2 cm. du tiers moyen de la petite courbure, de type Haudek. Aucune gêne à l'évacuation pylorique. Pas de rigidité segmentaire appréciable de la petite courbure, mais elle manque de souplesse.

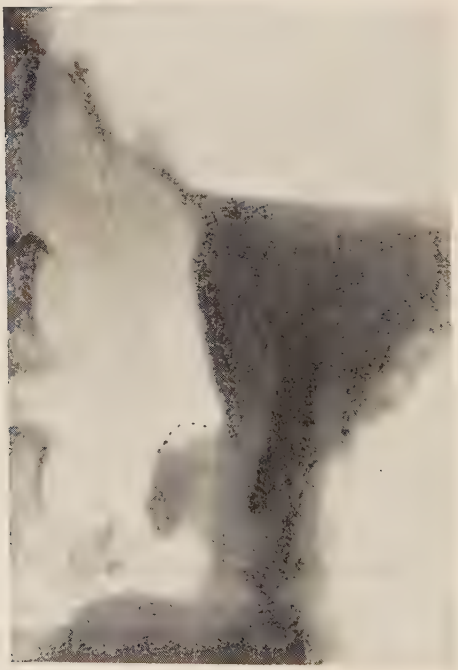
Une série de trente injections de ferriscorbone, en décembre 1943, est bien supportée. Soulagement au deuxième jour du traitement. Le malade est resté au lit pendant toute la durée des injections.

Mais, à la moindre fatigue, apparaissent des douleurs sous-axillaires, rétroscapulaires et sous-ombilicales qui disparaissent par la position couchée et l'absorption d'un bol de lait.

En janvier 1944, nouvelle injection d'une série de quinze ampoules de ferriscorbone. Les douleurs s'atténuent peu à peu.



9 Octobre 1943.
(Contours de la niche soulignés.)



10 Novembre 1943.
(Contours de la niche soulignés.)

L'appétit est bon, gain de poids de 7 kg. 500 (il a dépassé son poids normal). A l'examen, il persiste une légère tension de l'épigastre. Radiologiquement, convergence des plis sur l'emplacement de l'ancienne niche. Hypertrophie marquée des plis de la muqueuse.

Le malade reçoit, dans le courant de l'année 1944, une troisième série de dix injections de ferriscorbone, et il va très

20 Décembre 1943. — Procubitus ventral.

bien depuis. En somme, transformation rapide et complète au point de vue digestif et général, disparition quasi totale, en quatre mois, d'une niche géante pseudo-diverticulaire. A noter, en outre, que le malade présentait un psoriasis depuis l'enfance, qui s'est atténué dès les premières injections de ferriscorbone, pour s'effacer complètement à la fin de la première série. Aucune nouvelle poussée ne s'est produite.

Le malade est revu en décembre 1944. Depuis février, il a repris son travail. Il se sent très bien, tout à fait normal, mais

il a trop scrupuleusement suivi son régime, ce qui l'a empêché de maintenir son poids au niveau atteint à la dernière visite. Son psoriasis présente une nouvelle poussée.

En mai 1945, il subit dix injections de ferriscorbone.

En juillet 1945, le malade revient pour se faire examiner. Il ne présente absolument plus aucun signe d'ulcère. Une nouvelle radiographie est pratiquée à ce moment et démontre l'absence de toute niche. Estomac normal.

Le régime est élargi et bien supporté. On fait dix nouvelles injections de ferriscorbone en septembre.

Revu en mai 1946, vient de faire dix injections d'oxy-ferriscorbone : estomac tout à fait normal. Le malade n'a pas été réexaminé depuis, mais va très bien, faisant deux séries annuelles d'oxy-ferriscorbone.

En somme, le malade peut être considéré comme guéri et n'a plus souffert depuis février 1944.

Observation III

M. Lam..., soixante-trois ans, officier en retraite, vient consulter M. le Professeur agrégé J. Dubarry pour troubles gastriques, en juin 1944. Il présente, au mois de janvier 1941, des crampes épigastriques dans le courant de l'après-midi, pendant quelques jours, et qu'il attribue au pain, il cesse d'en manger, elles passent.

Autrefois, après avoir bu du champagne sec, il ressentait quelques crampes pendant un moment. Depuis, allait fort bien.

Il y a deux mois, douleurs beaucoup plus nettes, très rarement le matin, mais vers trois ou quatre heures après le repas de midi ou celui du soir. Impression de contraction. Elles disparaissent spontanément en une heure ou une heure et demie (irradiations post). Ni nausées, ni vomissements. Selles normales, mais parfois mélœna.

Amaigrissement léger (2 kg. à 3 kg.). Pas d'intolérance élective. Fume peu depuis les restrictions.

Examen normal, sauf légère tension épigastrique et sensibilité de cette région.

Radiologie : très gros ulcère (20 mm./40 mm.) de la petite

courbure, partie moyenne, à image diverticulaire de type Haudek.

On fait une série de quinze injections de ferriscorbone et on continue le régime du Docteur Benoit, son médecin traitant. Le malade est revu en septembre 1944. La ferriscorbone a été très bien supportée; pendant la série, petite crise atténuée, soit après le déjeuner, soit après le dîner. Depuis, plus rien. Gain

de 2 kg.; nuits bonnes. Selles normales. Bon appétit. A suivi régulièrement son régime. Poids, 51 kg. Radio : très nette amélioration radiologique.

Le malade est revu en novembre 1944. Il a eu de nouveau douze ampoules de ferriscorbone, toujours bien supportées. Pendant les quinze jours suivants, état parfait mais, depuis quelques jours, impression de barre épigastrique vers 3 heures du matin et quand il se met trop tôt en route après le repas de midi. Très gros appétit, mais suit toujours son régime.

Aucun traitement buccal.

Foie : 12 cm., très légèrement sensible, point épigastrique,

clapotage gastrique, météorisme sous-ombilical, dû peut-être à un dolichocôlon.

On refait une série de quinze injections de ferriscorbone. Poids : 53 kg. 500.

Revu en mars 1945, le malade va très bien. Poids : 56 kg. (gain de 7 kg. depuis un an). Aucun régime, aucun traitement. Dix injections de ferriscorbone.

Revu en janvier 1946, toujours aucun trouble, régime et traitement nuls.

Observation IV

(Présentée à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (séance du 9 novembre 1945) et partiellement publiée dans la thèse de M[lle] Menier.)

M[me] Al..., soixante-trois ans, est hospitalisée dans le Service du Professeur Dupérié en janvier 1942, parce que depuis six mois elle a des crises épigastriques douloureuses, tardives, postprandiales, calmées par l'alimentation; elle a beaucoup maigri malgré un appétit conservé et une table bien garnie. Anémie (2.900.000 G. R.) Hyperchlorhydrie. Elle a, depuis trois mois, un mélœna intermittent. Son poids est de 48 kg.

C'est une ancienne hypertendue, dont la tension est tombée à : Mx. = 12, Mn. = 5. Examen somatique négatif.

Janvier 1942.

Février 1942.

Radiologiquement, énorme niche arrondie de la partie moyenne de la petite courbure (60 mm/30 mm.).

La malade, qui est une réfugiée de l'Est, d'une famille médicale, âgée, se refuse à toute intervention. Elle est traitée par une série de treize injections de ferriscorbone.

A la fin de cette série, on enregistre rapidement une disparition des douleurs (février 1942). A ce moment, la niche a considérablement diminué; elle est devenue nettement diverticulaire, et la grande courbure a une tendance à la biloculation.

En mars, puis en octobre 1942, elle reçoit deux séries de dix nouvelles injections, faites systématiquement, chacune suivie d'un gain de poids notable (57 kg. 500 en avril 1947, soit 10 kg.).

A cette époque, la malade est en parfaite santé. Radiologiquement, estomac et duodénum normaux. Persistance de la guérison jusqu'en février 1944, où la malade entre dans le Service de M. le Professeur Dupérié pour asystolie avec anasarque. Autant qu'on puisse l'interroger, ses troubles digestifs n'ont pas reparu. Elle meurt quarante-huit heures après.

Cette observation est très riche d'enseignements.

1° L'aspect de Haudek n'est pas initial dans nos examens radiologiques successifs. Il apparaît à une phase d'involution de la niche qui aboutira à la disparition radiologique.

2° Cette malade a pu être autopsiée. Nous avons eu la surprise de constater la présence d'un gros ulcère duodénal perforé à la période agonique; au niveau de l'ancien ulcère, nous n'avons trouvé aucune trace de périgastrite ni de lésion ulcéreuse sur la face externe de l'estomac. A plus forte raison, pas la moindre lésion en regard de l'ancien ulcère au niveau du foie qui aurait bouché la perforation si cet ulcère avait été véritablement perforé bouché.

Par contre, cicatrice nette sur la face muqueuse de l'estomac, paraissant de bonne qualité. Quels que soient les beaux résultats obtenus par ferriscorbone, nous ne pouvons soutenir que ce traitement médical ait permis la fonte de la périgastrite, l'effacement de toute trace de perforation, tant sur l'estomac que sur le foie voisin.

Histologie : guérison par substitution à la paroi normale d'un tissu cicatriciel.

Au niveau de l'ancien ulcère, on constate : absence de toute périgastrite au niveau de la petite courbure, et de toute cicatrice extérieure sur la paroi gastrique, à l'endroit où devait siéger l'ulcère. Par contre, à l'ouverture de l'estomac, on voyait, sur la face muqueuse par conséquent, la cicatrice de l'ulcère, de forme triangulaire, ayant environ 1 cm. de côté. Elle est blanc nacré, très légèrement dépressible par rapport à la muqueuse du voisinage plus rosée et présentant quelques plis convergeant vers ce triangle ulcéreux.

La consistance est fibreuse, un peu plus dure qu'au niveau des parties voisines, et le palper montre que les parois gastriques sont un peu moins épaisses à ce niveau qu'ailleurs.

En somme, macroscopiquement, cicatrice de bonne qualité.

L'histologie a montré : une couche interne en rapport avec la lumière gastrique, caractérisée par la disparition de l'épithélium et des glandes, et limitée vers la lumière gastrique par du tissu fibreux plus ou moins dense, peu vasculaire, où abondent des microbes divers.

Une couche moyenne, séparée de la précédente par une zone assez large d'un tissu réticulé, est constituée par un tissu fibreux très dense, formant des tourbillons, des faisceaux dans lesquels on retrouve, plus ou moins intactes, les différentes couches de la *muscularis mucosæ*.

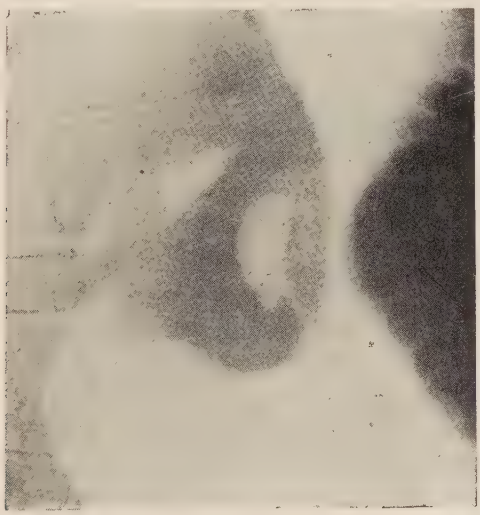
La troisième couche, la plus externe, est constituée par la zone séreuse épaissie, riche en feuillets nerveux.

Observation V

(Déjà publiée résumée dans la thèse
du Docteur R. Etcheverrigaray.)

M. Ber..., cinquante-sept ans, ex-navigateur mécanicien. Le malade, qui a toujours navigué jusqu'en septembre 1939, souffre, depuis 1904, d'une amibiase qui n'a jamais guéri complètement. Il a souvent présenté des troubles hépatiques qui ont entraîné par deux fois son hospitalisation (en 1912 et en 1932).

Jusqu'en 1939, il est très bien; mais, à partir de ce moment et pendant dix-huit mois, il s'amaigrit très progressivement, de 15 kg.



Depuis la fin mai 1941, malaises quotidiens, réveil parfait puis, vers 10 h. 30, langueur, fringale désagréable sous le rebord costal gauche, calmée immédiatement par le repas de midi qu'il prend avec appétit sans présenter d'intolérance élective.

Digestion très bonne, mais s'il doit se baisser au cours de son travail, les douleurs reviennent vers 3 h. 30 et durent presque jusqu'au soir. S'il est moins occupé, les douleurs ne reviennent que vers 5 heures. Le repas du soir n'est pas suivi

de malaises. Stalkosal et hista-dimilli, les troubles disparaissent en cinq à six jours.

Selles plus moulées qu'avant, ni nausées, ni vomissements.

A l'examen, on ne trouve aucun point décelable, mais une tension de toute la région épigastrique. A la percussion, on délimite une zone mate, en demi-cercle, sous le rebord gauche du foie, dans la région vésiculaire.

La radiologie fait découvrir une niche ulcéreuse diverticulaire de la partie moyenne de la portion verticale de la petite courbure.

L'aspect d'une masse arrondie, un peu irrégulière, du volume d'une mandarine, calcifiée et pommelée, dans la région vésiculaire. Tout à fait semblable à un précédent examen, il y a six ans. Vésicule ou kyste à paroi calcifiée.

On continue le traitement médical.

Le malade est revu en décembre 1944. Il s'est bien porté entre temps, à part quelques malaises insignifiants de quatre à huit jours, au cours de l'été; il reprenait alors de l'hista-dimilli, dont il faisait deux cures par an.

Mais depuis un mois il a des troubles divers : d'abord des céphalées violentes, constantes pendant cinq à six jours, inhabituelles, puis cinq à six jours de diarrhées très fortes, avec coliques, arrêtées par le stovarsol (0,10 g. par jour pendant six jours). Puis réveil des troubles gastriques, vomissements aqueux très abondants. Brûlures au niveau du creux épigastrique et de la poitrine. L'hista-dimilli est sans effet.

N'est bien qu'étendu, au lit; est plutôt constipé. Il y a ictère pendant plusieurs jours, avec urines très diminuées et foncées.

Au réveil, brûlures calmées par le petit déjeuner au lait écrémé, pendant une heure et demie à deux heures. Puis les brûlures reviennent, calmées par une bouchée de pain et de la compote. Repas très léger à midi, plutôt pour calmer une nouvelle crise. Le décubitus latéral gauche procure un mieux sensible.

Il arrive à souffrir nuit et jour, ne mangeant presque plus. Amaigrissement de 5 à 6 kg.

L'examen révèle une tension épigastrique; foie normal. Radio de contrôle : très nette diminution de la niche à la suite d'une série de dix injections de ferriscorbone, en février 1945. A ce

moment, depuis une semaine, pituites, pyrosis. Pas de vomissements alimentaires. Poids : 68 kg. Niche de 20 mm.

En avril 1945, poids : 71 kg. 500; malaises une heure après chaque repas, gros appétit, selles normales, nuits bonnes, petite niche de 8 mm., indolore à la pression. On fait quatorze injections de ferriscorbone. Suit toujours son régime.

Revu en juin 1946, a réagi un peu au traitement, a dû interrompre son travail pendant les injections, mais les a bien supportées. A toujours des pituites, vers 16 ou 17 heures, et des brûlures plus ou moins durables. Doit se faire vomir et est alors tout de suite soulagé. Quand il ne travaille pas, n'a pas de brûlures. Très bon appétit. Selles normales, digestions très longues. Poids : 75 kg. 500. Radio : la niche n'a pas régressé cette fois. On fait de nouveau dix injections de ferriscorbone.

Revu en septembre seulement, parce que les ampoules de ferriscorbone manquaient jusque là; dix nouvelles injections.

En décembre, le malade va très bien, les alcalins, une heure après les repas, ont supprimé les crises pendant cinq mois. Il assure normalement son travail. Dix injections de ferriscorbone ont permis d'élargir le régime, sauf pour le pain qui est mal supporté, et les pâtes. Examen normal, sauf pour le foie ptosé, aucune douleur à la pression dans la zone de l'ulcère.

Radio : la niche persiste, mais très petite. A défaut de ferriscorbone, hista-dimilli à jour passé, atropine, bromure, etc.

Depuis, le malade ne souffre plus.

Observation VI

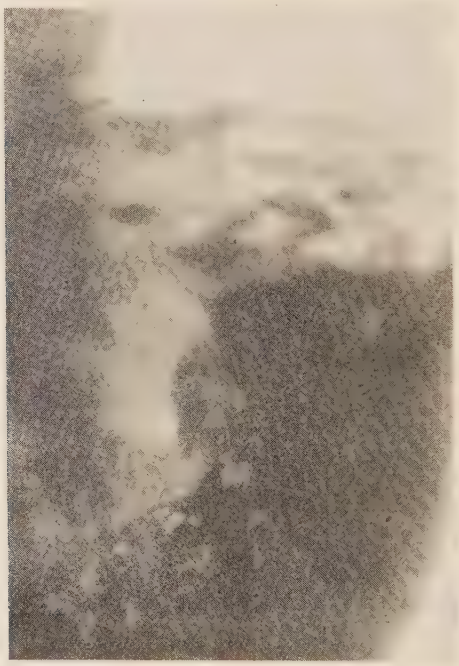
M. Cou..., vingt-cinq ans, employé aux abattoirs. Jamais malade auparavant, n'a pas été prisonnier.

Souffre pendant une semaine, au mois de janvier 1947. Les douleurs sont venues brusquement, siègent au niveau du creux épigastrique, sont à type de torsion, sans irradiation.

Deux heures après le petit déjeuner, le malade ressent de vives douleurs jusqu'au repas de midi, il prend ce dernier avec appétit et se sent soulagé. Les douleurs reparaissent deux heures après le déjeuner et persistent jusqu'au soir, calmées par le dîner. Les nuits sont bonnes, sauf les deux derniers jours.

Pas de vomissements, ni d'hématémèse, ni de melœna.

Le malade consulte son médecin qui lui donne une médication calmante et un régime. Huit jours de ce traitement n'ayant pas calmé le malade, son médecin l'adresse au Professeur J. Dubarry qui pratique un examen radiologique et constate la présence d'une grosse niche ulcéreuse de la petite courbure,



faisant penser à un ulcère térébrant. Vingt piqûres d'oxyferriscorbone sont pratiquées, et le malade se sent soulagé, les douleurs ont complètement disparu et il reprend son travail le 15 mars. Un nouvel examen radiologique a montré la disparition de la niche.

Le malade, revu le 10 juin, se porte très bien et ne souffre plus. Il doit recevoir dix injections, ce mois.

Observation VII

M^me^ Du..., soixante-trois ans, a commencé à souffrir de l'estomac à seize ans, sans vomissements. A vingt et un ans, lors de

sa première grossesse, hématémèse. Cinq autres grossesses normales. Toujours constipée durant ces dernières années. Ne souffrait pas de l'estomac pendant ses grossesses. Périodes de crises de trois mois, séparées par trois mois de calme plus ou moins parfait.

A la suite d'une crise plus forte, il y a quinze ans, la malade voit le Docteur E. Dubourg qui conseille l'intervention, refusée par la malade qui, pendant cinq ans, se nourrit de lait, se trouvant relativement bien.

Par la suite, elle présente de nombreuses affections (rhumatisme chronique, hernie étranglée, opérée par le Docteur Dubourg).

Depuis trois semaines, à la suite d'un surmenage, se met à beaucoup souffrir, ne peut plus se nourrir, prend du normogastryl. Faim douloureuse. Douleurs presque immédiates à toute ingestion alimentaire.

A toujours mal supporté les crudités dures et les préparations grasses. Ni nausées, ni vomissements.

Examen négatif (juillet 1943). Traitement d'essai sans belladone, algipan.

En août 1943, l'algipan a fait disparaître une brûlure près de l'ombilic, mais douleurs ensuite dans la région xyphoïdienne, avec irradiation dorsale, deux ou trois heures après les repas. Puis amélioration progressive, n'a vomi qu'une fois : eau très acide. Selles normales. Ne peut travailler à cause d'un point douloureux. Murphy très électif.

Radio sans préparation, région biliaire, donne un résultat négatif.

En septembre 1943, va bien. Radio vésicule : très grosse vésicule, probablement adhérente à D^2. Estomac hypotonique, bulbe mal dessiné. Pas d'image d'ulcère. Au palper, sensibilité, uniquement solaire.

La malade est revue en juillet 1944. Depuis huit jours, elle souffre beaucoup de l'estomac. Au réveil, et tant qu'elle reste à jeun, tout va bien : ne déjeune pas pour passer une bonne matinée, prend solution de Bourget. Elle garde bon appétit, mais mange très peu à midi; vingt minutes après, malaises et nausées, sans vomissements. Elle passe tout l'après-midi

étendue et ne mange pas le soir, quoiqu'elle ait faim. Pituites remontant sans effort.

Examen debout : Murphy très électif et point para-ombilical très sensible.

Hista-dimilli.

En août 1944, aucune amélioration, ne peut rien prendre sans souffrir beaucoup une demi-heure après et pendant des heures. Grosse déshydratation.

Calque radiographique.

Radio : grosse niche diverticulaire de la petite courbure, de type Haudek.

Liquide de stase : HCl libre : 0; acidité totale : 1,09; chlorures : 7,35.

Essai de traitement par injection intrapéritonéale de novocaïne.

Quelques jours après, injection de 30 cm³ de syncaïne à 1 p. 100, sans incidents. Le lendemain, petite hématémèse (un petit verre de sang, à peine digéré), qui ne se reproduira plus. Pas de mélœna par la suite. La malade peut se réalimenter peu à peu, avec seulement quelques malaises irréguliers, un moment après les repas plus copieux. Aucune réaction péritonéale, vaso-motrice ou tensionnelle à la novocaïne.

Septembre 1944, la malade sort de la Clinique. Radio de contrôle : niche a plutôt augmenté de volume, légèrement sensible à la palpation. Bismuth, injection de quinze ampoules de ferriscorbone.

Au mois d'octobre 1944, état gastrique parfait, bon appétit, selles normales (a eu poussée de prolapsus hémorroïdaire, avec constipation pendant trois semaines). Pollakyurie nocturne, poussée polyarticulaire depuis quarante-huit heures. Injections bien supportées, gain de poids net et plus de forces qu'avant (42 kg.). On refait deux piqûres de ferriscorbone et bismuth. Titane.

Radio : la niche a presque disparu,

Le 16 janvier 1945, la malade, qui n'a pas souffert depuis le mois d'août 1944, a un gain de poids très net (45 kg. 500, soit 4 kg. 500 en deux mois). Selles quotidiennes, mais peu abondantes. Ne suit guère son régime. Poussées poly-articulaires (suivie par M. le Professeur Pouyanne). Les deux dernières ont précédé les poussées ulcéreuses. Bon appétit. Bref, au point de vue digestif, état parfait, mais rhumatisme en pleine évolution (47 kg.). Dix ferriscorbones.

Radio : aucune douleur à la pression. Ne montre véritablement aucune lésion radiologique. Cependant, sur le film pris en procubitus, quand on a repéré le siège de l'ancien ulcère, pris dans la même position, on devine une saillie d'un millimètre à peine, séquelle de la niche. Souplesse et insensibilité totale de la paroi (rapport du Docteur Delaye).

La malade continue à bien se porter au point de vue gastrique.

COMMENTAIRES DE NOS OBSERVATIONS

Nous sommes en présence de malades dont pour la plupart l'affection n'a pas été de longue durée; l'évolution a été chronique d'emblée (sauf dans l'observation VII, où la malade souffrait depuis l'âge de seize ans). Dans l'observation VI, au contraire, la maladie fut très courte, à peine un mois, mais sans doute grâce à l'oxy-ferriscorbone sodique, car cet ulcère, traduit par une niche géante, aurait eu, croyons-nous, une évolution d'emblée chronique.

Les douleurs sont d'abord tardives, régulières, et ne tardent pas à devenir permanentes, rebelles à tout traitement médical classique, du moins dans la majorité des cas, prenant en somme le type de l'ulcère calleux grave; elles siègent au creux épigastrique.

L'appétit est le plus souvent conservé; s'il y a anorexie, elle n'est pas élective; quand le malade refuse certains aliments, c'est volontairement, par crainte d'augmenter ses douleurs. Les nuits sont bonnes (sauf dans l'observation V et l'observation VI).

Nous n'avons enregistré de vomissements que dans deux observations : alimentaires (observation I), aqueux (observation V) ; dans un cas, une hématémèse légère (observation VII) et dans un autre, un mélœna (observation III).

L'amaigrissement est important (de 8 à 15 kg.) et s'établit en quelques mois. Dans l'observation VII, on pouvait même songer à un cancer, car si les signes cliniques avaient disparu pendant quelques jours à la suite d'une injection intrapéritonéale de novocaïne, la niche ulcéreuse s'était agrandie.

Les injections d'oxy-ferriscorbone sodique pratiquées dans tous les cas au moment où les douleurs sont devenues rebelles à toute thérapeutique ordinaire, ont amené une disparition rapide des signes cliniques et radiologiques. Les gains de poids sont considérables et peuvent être enregistrés dès la première série d'injections d'oxy-ferriscorbone. En général, les douleurs disparaissent au cours de la première série de piqûres; au bout d'un certain délai, elles ont parfois reparu, aussitôt calmées par une nouvelle série d'injections. Trois séries ont parfois été nécessaires pour obtenir leur disparition. Chaque fois que le Professeur agrégé J. Dubarry a pu le faire, il a pratiqué une ou deux séries d'injections d'oxy-ferriscorbone sodique de consolidation, après disparition des signes cliniques et radiologiques. Mais jusqu'à l'an dernier, il ne disposait que d'une quantité très limitée d'ampoules d'oxy-ferriscorbone sodique et ne pouvait pas faire des traitements aussi complets que maintenant.

Les malades, revus plusieurs années après leur traitement, se portent très bien et ont repris leurs occupations, à l'exception de la malade de l'observation IV que nous commentons plus loin.

Les niches auxquelles nous avons affaire ont l'aspect typique décrit par Haudek, ovoïde avec bulle d'air (observations I et II). Toujours de grande taille. Elles mesurent entre 20 mm./20 mm. et 60 mm./30 mm.; elles sont donc

très profondes. Bref, rien ne nous empêcherait de conclure en face de ces images, à des ulcères perforés bouchés. Dans plusieurs cas, on note une diminution du calibre de l'estomac en regard de la niche, sans que l'on puisse parler de biloculation.

L'observation IV est particulièrement intéressante. Au début, nous sommes en présence d'une énorme niche du type calleux géant qui, en raison de sa taille, peut faire penser à un ulcère grave, térébrant, dont la seule thérapeutique légitime est l'intervention chirurgicale. Or, après une série de vingt injections d'oxy-ferriscorbone sodique, on constate une modification de la forme de la niche, qui devient ovoïde, du type Haudek, de la taille d'une prune. Puis cette niche s'efface complètement et, deux ans après, nous n'en trouvons aucune trace sur la paroi extérieure de l'estomac. Ainsi, l'aspect typique de niche de Haudek n'apparaît ici qu'à un stade de l'involution de la niche.

Dans tous les cas, la niche ulcéreuse a disparu après le traitement médical.

Nous nous permettons de revenir sur l'observation IV que nous venons de commenter au point de vue radiologique, pour signaler que cette malade est morte en grande asystolie deux ans après avoir été traitée pour son affection ulcéreuse de la petite courbure, et a pu être autopsiée par le Professeur agrégé J. Dubarry qui a constaté la présence d'un ulcus duodénal calleux perforé en péritoine libre, dans la phase agonique de son asystolie, ulcus qui était passé inaperçu au milieu des phénomènes asystoliques. L'examen anatomique et histologique a montré que l'ancien ulcère s'était cicatrisé avec :

a) Une zone interne, où l'on note la disparition de l'épithélium et des glandes, remplacées par un tissu fibreux peu vasculaire où pullulent les microbes. Cette mince couche fibreuse repose sur un tissu réticulé assez lâche, dans les mailles duquel existent de très nombreuses cellules volumineuses à protoplasma bourré de vacuoles et de granulations.

Ces cellules donnent l'impression de macrophages, elles sont isolées, dispersées sans ordre, ne formant ni cordons ni acini;

b) Une zone moyenne avec un tissu fibreux très dense en tourbillons; on y trouve, plus ou moins intactes, les différentes couches de la *muscularis mucosæ;*

c) Une zone externe sous-séreuse épaissie, riche en filets nerveux. Vaisseaux peu nombreux et de petites dimensions.

C'est la seule observation où nous avons pu faire la preuve anatomique de la guérison de l'ulcère gastrique au niveau duquel on observait un tissu cicatriciel solide, sans signes histologiques d'inflammation. Il n'y avait pas de périgastrite visible à l'autopsie, alors que pendant son activité l'ulcère devait être entouré par une forte réaction conjonctive et inflammatoire à en juger par les dimensions exceptionnelles de la niche (60 mm./30 mm.) avant le traitement par l'oxy-ferriscorbone sodique.

CAUSES POSSIBLES DE LA FORMATION DES NICHES DE HAUDEK A BON PRONOSTIC

Les observations que nous avons citées et les quelques cas que nous avons trouvés dans la littérature médicale de disparition par traitement médical de ces niches ulcéreuses du type Haudek, nous ont conduit à rechercher les causes possibles de la formation de ces niches à bon pronostic.

Moutier, dans son traité de gastroscopie, nous dit : « La niche diverticulaire, c'est l'ulcère plus quelque chose ».

Il est un fait que si la niche a une signification absolue pour affimer la présence de l'ulcère, elle ne peut prétendre toujours exprimer sa forme anatomique. Gatellier, qui a très bien étudié ces modifications locales, en a conclu que « la niche de Haudek traduit le remplissage par la substance opaque, soit du cratère de l'ulcère, soit plus souvent du diverticule ou de l'entonnoir muqueux au fond duquel il se trouve ».

Il nous paraît qu'un certain nombre de phénomènes peuvent présider à la formation de ces niches.

I. — DIMINUTION DE L'ÉPAISSEUR DE LA PAROI ET ATONIE

P. Vidal a bien souvent constaté à la radioscopie des modifications rapides dans la taille des niches et il en conclut que les ulcères gastriques peuvent entraîner une diminution de l'épaisseur de la paroi et, surtout, un certain degré d'atonie péri-ulcéreuse de la muscularis de l'organe.

La niche se manifeste alors par une voussure due au

soulèvement de la paroi par la tension intragastrique sous l'influence du contenu (baryte, air injecté à l'aide d'un tube), ou bien par suite d'une pression venant de l'extérieur, des organes voisins, et en particulier des intestins distendus par des gaz. Dans certains examens radiologiques, on applique sur la paroi abdominale antérieure un ballon que l'on gonfle plus ou moins dans le but de révéler la lésion par la méthode dite en couche mince. Cette technique a pour résultat d'augmenter considérablement la tension intrastomacale et, par suite, « d'extérioriser » certaines niches. Ces faits sont incontestables et la preuve en est fournie par la constatation suivante : on peut, dans certains cas, provoquer l'apparition ou la disparition de la niche à volonté, en appuyant plus ou moins fortement avec la main au niveau de l'estomac.

On peut ainsi obtenir, dans ces cas, divers aspects de niches sur un même sujet, à des examens différents ou à un même examen, et être en présence d'une niche typique de Haudek ou d'une niche atypique, ou d'une niche banale, c'est-à-dire sans collet. On peut même ne rien avoir du tout si la pression que l'on exerce est trop faible. C'est l'opinion de P. Duval.

Quoi qu'il en soit, tous ces cas sont faciles à éliminer par une technique radiologique parfaite. Il y a intérêt, malgré tout, à multiplier les examens pour avoir une idée juste de l'étendue de la lésion. De même, on aura avantage à effectuer à chaque examen une série de clichés radiographiques et à agir, dans ces cas, comme pour le bulbe duodénal.

II. — ROLE DE L'INFLAMMATION

Un des caractères essentiels de l'ulcère est son évolution par période de quinze jours à deux ou trois mois, au moins dans les cas typiques. Ces crises s'atténuent peu à peu et disparaissent plus ou moins complètement sous l'influence du traitement médical, ou bien spontanément.

L'ulcère entre alors en sommeil en quelque sorte, pour une période plus ou moins longue, très variable, et qui peut aller de quelques mois à de nombreuses années. Cela se manifeste par la diminution, puis la disparition des symptômes cliniques et radiologiques.

Gutmann insiste sur ce fait : les poussées ulcéreuses qui entraînent le réveil de tous les symptômes de l'ulcère s'accompagnent en même temps, et parallèlement, d'une augmentation de la taille des images radiologiques et, lorsqu'elles disparaissent, d'une diminution de ces images. Il est donc indispensable de pratiquer les examens radiologiques au moment des crises, car lorsque l'ulcère est en sommeil, on n'aura guère de chance de le trouver.

Nous ne pouvons donc jamais affirmer la guérison complète et définitive d'un ulcère. Il est tout aussi difficile de se rendre compte de la valeur d'une médication anti-ulcéreuse.

Au moment des crises, l'ulcère s'enfouit parfois au fond d'une sorte de cratère muqueux, plus ou moins profond et large, dans lequel pénètre le liquide opaque car, à ce moment, ses bords sont surélevés, épaissis par un bourrelet d'œdème inflammatoire. Il se produit alors, au niveau des différentes couches de l'ulcère, un véritable remaniement, une infiltration de la paroi; les hémorragies sont alors fréquentes, mais en général peu graves, car les lumières des artères sont plus ou moins oblitérées par de la péri-artérite ou de la thrombo-artérite.

Chaumet a décrit les images radiologiques fournies par ce bourrelet d'œdème. Dans les radios de face, on aperçoit une sorte de halo clair entourant une tache noire (image en cocarde de Béclère) et, de profil, un diverticule de taille variable. La plus ou moins grande épaisseur du bourrelet d'œdème entraînera un accroissement ou une diminution de la taille du collet du diverticule. Ce dernier sera ainsi plus ou moins séparé ou « extériorisé » du reste de l'estomac.

L'inflammation péri-ulcéreuse, gagnant en profondeur, ne

tarde pas, à mesure que l'ulcère vieillit et que les crises se rapprochent, à provoquer une périviscérite intense. Cette périviscérite peut enrober l'ulcère dans une véritable coque inflammatoire et approfondir la niche par la rétraction qu'elle entraîne. Si la périviscérite est intense, il s'établit des adhérences avec les organes voisins, en particulier avec le foie ou le pancréas. Nous comprenons alors que, la paroi de l'estomac étant attirée vers ces organes, il se produise un diverticule profond à ce niveau, diverticule qui peut avoir le même aspect que la niche de Haudek, par perforation bouchée.

Au cours des périodes de repos, les phénomènes inflammatoires régressent. Le tissu évolutif devient cicatriciel. L'œdème disparaît et les bords du cratère s'abaissent. L'ulcère peut, à ce moment, être mis à plat sans pour cela se cicatriser.

« Le propre de cette maladie, nous dit Chaumet, est de présenter des phases de repos, et le silence clinique concorde avec l'abolition des réactions inflammatoires, et le signe radiologique disparaît. »

Forsell a expliqué de cette manière la formation des images en nid d'abeilles, des bulbes aréolaires ou coralliformes.

On voit bien toute l'importance de ces faits et la difficulté qu'ils entraînent pour l'interprétation des clichés radiographiques. Nous sommes loin de l'affirmation de Haudek, qui assurait que l'image nous apprenait à peu près tout sur

l'ulcère. Il ne nous reste que la formule de « niche symptôme », employée par Faulhaber, c'est-à-dire de la signification absolue de la niche. Une niche, coïncidant avec des signes cliniques évidents, est toujours le témoin d'un cratère creusé dans la paroi gastrique.

III. — LES RÉVÉLATIONS DE LA GASTROSCOPIE

L'endoscopie nous apporte incontestablement des preuves de ce que nous venons d'avancer. Nous avons emprunté les données qui vont suivre au magnifique ouvrage de Moutier (1).

Par ce procédé, nous voyons la muqueuse de l'estomac se modifier parallèlement aux phases de calme et d'activité de l'ulcère.

Pendant les périodes de crises, l'estomac est hyperkinétique, intolérant, ce qui rend difficile la vision de la région de l'ulcère. On voit, au niveau de ce dernier, des contractions qui le dérobent à la vue; la muqueuse est hyperémiée, et le cratère est beaucoup plus profond. D'une façon générale, l'ulcère est mis à plat dans les intervalles qui séparent les crises. Il est alors très facile à voir, et l'on peut constater aisément son degré de pénétration, son étendue, ainsi que l'aspect de la muqueuse environnante et de ses plis.

Mais, plus ou moins vite, à mesure que la crise approche, l'inflammation et l'œdème apparaissent, s'accroissent, entraînant de profondes modifications au niveau de la marge de l'ulcère. Ce dernier s'ensevelit au fond d'une dépression variable, tantôt simple cupule, tantôt processus digitiforme, tantôt entonnoir ou puits.

Moutier insiste particulièrement sur les perpétuels mouvements de la muqueuse, probablement rendus plus intenses par la présence du tube gastroscopique. Il semble que ces

(1) Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac.

mouvements convergent tous vers la poche ulcéreuse et tendent à l'accroître; le même ulcère, qui se présente à un moment donné à plat, d'étendue et de profondeur moyennes, peut brusquement, sous les yeux de l'observateur, s'invaginer au fond d'une sorte de diverticule ou de bourse qui persiste pendant un certain temps.

Cet aspect nouveau est dû à un spasme de la paroi environnante, identique à celui qui, partant de la grande courbure, sectionne l'estomac en deux au niveau de l'ulcération, réalisant l'image de l'estomac en sablier des auteurs allemands.

Ce spasme est souvent visible un certain temps et à plusieurs examens rapprochés. On voit un froncement circulaire en diaphragme se former autour de l'ulcère, au delà d'une certaine zone d'atonie péri-ulcéreuse.

La paroi atone peut être d'une assez grande surface pour se souffler en quelque sorte, et cela n'est possible qu'à la petite courbure et à la face antérieure, la postérieure étant chargée de plis anatomiquement certains.

Sous la pression de la baryte, il est donc permis de supposer, comme l'a fait Duval, que cette zone d'atonie cède, que l'ulcère s'enfonce avec la paroi formant un sac dont l'ouverture se resserre comme une bourse, grâce à un spasme. A la gastroscopie, on assiste souvent à ce phénomène et l'on aperçoit les images qui sont reproduites ci-dessous :

Moutier cite un cas où la radiographie avait révélé une magnifique niche de Haudek avec bulle d'air, qui se trouva être, à l'endoscopie, un grand ulcère plat de la petite courbure. Une deuxième graphie montra alors une niche ulcéreuse sans bulle (1).

Cette méthode nous permet de constater un autre signe que l'on avait déjà soupçonné à la radiographie : c'est le bourrelet d'œdème. Cet œdème contribue, lui aussi, et quel que soit l'âge de l'ulcère, à augmenter la profondeur du cratère. Il est presque constant dans les périodes de crises, et peut être si prononcé qu'il empêche la pénétration de la substance opaque dans la cavité.

« Dans les ulcères vrais de la petite courbure ou de la face postérieure, nous dit Moutier, l'étude anatomique et radiologique montre qu'il n'y a aucun parallélisme entre les dimensions de l'image cavitaire à l'écran et de l'ulcus proprement dit. Un ulcus plat peut avoir été révélé par une image cavitaire, un ulcus creux peut ne rien avoir donné à l'écran. » Il est évident que tout ceci donne raison à la phrase de Moutier que nous avions citée plus haut : « la niche, c'est l'ulcère plus quelque chose ».

Le mécanisme de ces formations diverticulaires d'origine

---

(1) Citons un cas que nous a communiqué le Service du Professeur Papin :

Il s'agit de M. Béo..., soixante-quatre ans; le malade, en 1934, a une première crise de douleurs épigastriques avec irradiations en barre, apparaissant à des moments variables, non influencées par les repas.

Deuxième crise en 1935, semblable; durée, un mois et demi. Puis douleurs journalières, pyrosis, irradiations en barre dans le dos avec paroxysmes (10 heures, 16 heures, 23 heures), non calmées par les repas. Vomissements provoqués par tous les aliments.

Radio : niche de Haudek volumineuse avec niveau liquidien et bulle d'air.

Le 1er novembre 1936, intervention. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. On a la surprise de ne pas constater la moindre lésion au niveau de la petite courbure.

En explorant le duodénum, sur le *genu superius*, on voit une plaque blanche qui doit être la cicatrisation d'un vieil ulcus.

Antro-pyloro-duodénite très marquée. Gastro-entérostomie transmésocolique.

Complications : phlébite, pneumonie. Guérison. Le malade est mort asystolique, en 1946, dans un service de médecine.

dynamique est représenté par des contractions complexes des éléments de la *muscularis mucosæ* et, surtout, des fibres obliques.

En somme, nous devrons distinguer deux phénomènes distincts dans la formation de ces niches pseudo-diverticulaires, à savoir : l'ensevelissement de l'ulcère au fond d'une poche et la fermeture de cette poche. Celle-ci se fait, soit par un froncement plus ou moins circulaire, soit par une formation en gouttière.

Les froncements circulaires s'observent surtout au niveau de la face postérieure de la petite courbure. Ils sont spiraloïdes, et Moutier les compare à la fermeture du diaphragme d'un appareil photographique. La formation en gouttière ne s'aperçoit que lorsqu'elle est vue dans l'axe.

Moutier donne plusieurs combinaisons possibles pour le diagnostic des ulcères :

1° Clinique + ; radio + ; gastro +.

C'est le cas le plus habituel.

2° Clinique + ; radio + ; gastro —.

L'ulcère est alors caché par un pli, une bourse très serrée.

3° Clinique + ; radio —; gastro +.

La bourse peut être là aussi trop serrée; un flocon muqueux, des débris alimentaires ou encore un caillot peuvent en obstruer l'orifice. L'ulcère peut avoir aussi été mis à plat, ou bien son image peut avoir été cachée par l'ombre duodéno-jéjunale.

4° Clinique —; radio —; gastro +.

Cette combinaison est très rare. Il est en effet déjà exceptionnel de pratiquer une gastroscopie chez un sujet qui ne souffre pas de l'estomac et n'a aucune image anormale à la radio, il sera donc extraordinaire de découvrir justement un ulcère latent.

Quoi qu'il en soit, il faut retenir de tout ceci que l'ulcère n'est pas toute la niche; que la mobilité extraordinaire de

la muqueuse et les modifications anatomiques plus ou moins persistantes au niveau de l'ulcère entraînent la formation d'images dont l'interprétation est difficile.

Il est absolument certain que, pour différencier ces « ulcéres à éclipses » de Moutier, il faut, comme pour ceux du bulbe duodénal, multiplier les examens radiographiques et, au besoin, quand le doute subsiste, pratiquer la gastroscopie. Cet examen est très important, car il nous apprendra avec certitude à quelle sorte d'ulcère nous avons affaire. On devrait le pratiquer systématiquement, même en présence d'une niche banale, si les signes cliniques font penser à un ulcère perforé bouché. Il est à déplorer que la gastroscopie soit peu pratiquée actuellement en France, à cause du manque d'appareils et de l'impossibilité de faire réparer ceux qui sont en service.

Mais si des ulcères banaux entraînent souvent la formation d'images du type Haudek, nous sommes frappé par le fait que la plupart du temps les ulcères perforés bouchés (vérifiés opératoirement) ne se sont pas révélés comme tels à la radiographie.

Il n'est que de lire les articles médicaux pour s'apercevoir combien peu souvent cette affection se traduit par une niche de Haudek. Périgord, sur les vingt cas qu'il a réunis dans sa thèse, n'a trouvé que deux fois la niche typique avec bulle. Nous avons établi le tableau ci-après de ses observations, où nous pouvons constater la diversité des signes radiologiques.

NOM AGE	ASPECT RADIOLOGIQUE	DURÉE DE LA MALADIE	RÉSULTATS OPÉRATOIRES
O... (Eugène) 38 ans.	Stase bismuthée plus 14 h. Duodénum adhérent, partie asc. anthropylorique. Palper : masse volumineuse (œuf), semble adhérer paroi abdominale.	18 ans.	Ulcère pénétrant petite courbure, adhérent paroi antérieure, biloc. gastrique.
F... (Auguste) 62 ans.	Le bismuth monte, atteint petite courbure, où une poche fait saillie. En pressant, elle se détache et apparaît comme tache région cœliaque.	6 semaines	Ulcère pénétrant petite courbure, adhérent au pancréas.
V... (Pauline) 65 ans.	Pas de radio. Palper : tumeur à trois travers de doigts au-dessous appa. xyphoïde.	12 mois.	Ulcère calleux, adhérent au pancréas qui forme le fond.
P... (Bernard) 57 ans.	Evacuation gastrique rapide. Niche petite courbure nette.	8 ans.	Ulcère calleux pénétrant pancréas (petite courbure).
M... (Charles) 63 ans.	Niche diverticulaire, niveau petite courbure, persistance de l'image.	13 ans.	Ulcère calleux fusionné avec pancréas.
G... (Gaston) 40 ans.	Pas de radio pratiquée.	6 ans.	Ulcère petite courbure, adhérent en arrière du foie et pancréas.
L... (Louise) 31 ans.	Pas de niche. Estomac ptosé, dilaté. Sténose pylorique.	2 ans.	Ulcère pylorique fusionné avec foie, perforation couverte.
R... (Georges) 65 ans.	Estomac avec image lacunaire dans toute la partie inférieure.	1 an.	Ulcère petite courbure, ouvert dans pancréas, pas néo.
L... (Louis) 54 ans.	Niche Haudek petite courbure avec encoche de la grande, rigidité petite courbure.	1 an (alcoolique)	Ulcère calleux antropylorique, adhérent au foie (perforé).
S... (Charles) 43 ans.	Encoche grande courbure, passage pylorique normal et même accéléré. Hyperkinésie, ptose.	12 ans.	Ulcère calleux petite courbure, pénétrant pancréas.

NOM AGE	ASPECT RADIOLOGIQUE	DURÉE DE LA MALADIE	RÉSULTATS OPÉRATOIRES
L... (Joséphine) 51 ans.	12 h. retard évacuation, image diverticulaire avec sténose médiagastrique.	5 ans.	Ulcère perforé bouché par pancréas.
G... (Léon) 42 ans.	Estomac dilaté, se vide lentement, invisibilité région duodénale.	2 ans.	Ulcéro-cancer petite courbure, adhérent au pancréas.
M... (Edmond) 54 ans.	Encoche fixe grande courbure, deux travers doigts pylore. Rigidité petite courbure à ce niveau.	15 ans.	Ulcéro-cancer petite courbure, adhérent au pancréas.
R... (Maurice) 35 ans.	Tendance à la biloculation. Niche petite courbure.	9 ans.	Ulcère calleux banal. Réopéré deux ans après, ulcère pénétrant foie et pancréas.
R... (Alphonse) 40 ans.	Bonne mobilité gastrique, sauf région antropylorique, rigidité petite courbure. Bulbe à contours flous.	8 ans.	Ulcère calleux très adhérent au pancréas, avec dilatation gastrique considérable. Duodénum aussi dilaté.
R... (Henri) 49 ans.	Niche peu accentuée, portion basse petite courbure. La partie haute est rigide. Encoche sur la grande.	15 ans.	Ulcère calleux petite courbure, pénétrant pancréas.
D... (Charles) 31 ans.	Image diverticulaire fas. pst. estomac.	11 ans.	Ulcère calleux petite courbure, pénétrant pancréas.
R... (Paul) 54 ans.	Effacement pylore. Point pylorique douloureux.	2 ans.	Ulcère calleux petite courbure, pénétrant pancréas.
G... (Edmond) 37 ans.	Image diverticulaire petite courbure, plus bulle d'air, atonie gastrique.	7 ans.	Ulcère calleux petite courbure, pénétrant pancréas.
A... (Joseph) 52 ans.	Pas de radio.	1 an 1/2.	Ulcère petite courbure, pénétrant dans le foie et le pancréas.
D... (Léopold) 55 ans.	Grosse quantité de liquide de stase à jeun. Estomac vertical à remplissage hypotonique. Grosse niche face postérieure tiers moyen petite courbure.	10 ans.	Ulcère calleux petite courbure, infiltré dans le pancréas.

SIGNES DE CERTITUDE DE L'ULCÉRATION PERFORÉE BOUCHÉE

Nous avons établi tout à l'heure que la niche de Haudek n'est qu'un signe et qu'il n'est pas le plus important. Il existe une série de symptômes qui vont nous permettre d'orienter notre diagnostic.

De nombreux auteurs ont étudié la question, et nous nous sommes inspiré de leur travail pour rédiger ce chapitre.

I. — EXISTE-T-IL UNE PERFORATION EN PÉRITOINE LIBRE ?

L'ulcère perforé bouché comporte-t-il une phase de perforation en péritoine libre qui évolue d'une façon abortive et se bouche ensuite ? Il est bien difficile de répondre à cette question, car les signes de perforation, dans ce cas, sont bien discrets et passent souvent inaperçus. Nous avons cependant trouvé dans la littérature médicale une statistique, publiée par Gjankovic (Zagreb), qui montre combien cette perforation est rare et rarement diagnostiquée. Jusqu'à 1937, il n'a été publié que les cas suivants (tous avaient eu une phase de perforation ouverte très discrète, et qui était passée inarperçue, mais qu'un interrogatoire serré aurait peut-être permis de découvrir).

Urrutia, en 1929, dix-huit cas; Wickborn, en 1928, cinq cas; Burkle de la Camp, en 1929, cinq cas (sur vingt-quatre ouverts, soit 20 %) ; Talama, sept cas; Aigro, un cas, ainsi que Breitkopf; James, Illtyd, Mateson, six cas (sur soixante-

quinze ouverts, soit 8 %) ; Pohl, un cas; Ponivan, trois cas; Sandulovskij, six cas; Rais et Koch, huit cas; Mühsau, treize cas.

Il ressort de cette statistique, nous semble-t-il, que le terme de perforation bouchée n'est exact qu'au point de vue anatomo-pathologique, mais ne correspond à aucune réalité clinique.

Gjankovic Hugo, qui ne cite malheureusement aucun rapport radiologique, dit que ces cas peuvent guérir spontanément, et donne dans une autre statistique des pourcentages de guérison variant de 1 à 5 %. Tout cela semble improbable car, selon l'opinion de tous les anatomopathologistes, la guérison, c'est-à-dire la réparation de la paroi gastrique, ne s'effectue en entier qu'autant que la *muscularis mucosæ* est intacte, ce qui n'est pas le cas présentement.

De l'examen des statistiques que nous avons citées, il ressort que la perforation en péritoine libre guérie spontanément est rare et que son diagnostic clinique est presque impossible à établir, car bien souvent le malade n'a pas distingué l'épisode aigu caractéristique sur le fond continu de ses douleurs.

II. — POSITION DE L'ULCÈRE PERFORÉ BOUCHÉ

Le siège de l'ulcère est important à connaître pour deux raisons : d'abord parce qu'en certains endroits son extériorisation est rare, ensuite parce qu'il nous permettra d'éliminer le cancer.

Les statistiques nous affirment que, dans 75 % des cas (Delagenière est nettement en dessous de ce chiffre avec 37 %), l'ulcère se situe à la portion verticale de la petite courbure, portion moyenne et particulièrement sur sa face postérieure. Dans 25 % des cas, on le retrouve sur la face antérieure de l'estomac. Cette situation, quasi élective sur la petite courbure, nous permet d'éliminer bon nombre de niches douteuses.

Mais c'est surtout pour le diagnostic différentiel avec le cancer que la situation de la niche va nous servir.

Pour R. A. Gutmann, le siège de l'ulcus sur la petite courbure a une signification très nette quant au caractère de gravité ou de bénignité de l'ulcère. Il est en cela opposé aux Américains qui se basent uniquement sur la taille de la niche.

R. A. Gutmann divise la petite courbure en trois secteurs : la région du cardia, la portion verticale et la portion horizontale prépylorique. C'est sur la seconde que l'on rencontre le plus souvent les niches ulcéreuses. Le cancer y est exceptionnel.

Il ajoute à ce signe le test thérapeutique que nous nous permettrons de rapporter ici vu son intérêt :

Disparition des signes cliniques et radiologiques à la fin de la poussée : lésion certainement bénigne;

Disparition des signes cliniques et radiologiques sous l'influence du traitement très actif : lésion bénigne avec certitude pratiquement absolue;

Disparition des signes cliniques avec diminution des signes radiologiques : lésion peut-être bénigne;

Disparition des signes cliniques, persistance des signes radiologiques : lésion suspecte;

Persistance des signes cliniques et radiologiques : lésion extrêmement suspecte;

Persistance des signes cliniques, augmentation progressive des signes radiologiques : cancer certain;

Disparition des signes cliniques, augmentation des signes radiologiques malgré le traitement : cancer pratiquement certain.

Ces données sont très importantes car elles ne modifient en rien notre ligne de conduite, en ce sens qu'elles nous obligent de toute façon à instituer un traitement d'essai. Le fait d'avoir affaire à une niche de Haudek, dont la taille ou la position nous donne quelques inquiétudes, ne nous empêchera pas de tenter le traitement médical.

III. — SYMPTOMATOLOGIE

C'est toujours une vieille histoire d'ulcère chronique calleux. (« Kallose penetrierende magenschwure ») des Allemands. Le malade, dont l'âge va de quarante à soixante-dix ans, souffre depuis de nombreuses années (dix, quinze, vingt ou trente ans). Son ulcère s'est peu à peu transformé, ses crises se sont rapprochées de plus en plus, jusqu'à fusionner. Le malade s'est mis à souffrir continuellement, ayant à peine quelques heures de calme dans la journée.

Les douleurs sont du même type que celles de l'ulcère banal : douleurs à type de brûlures, de crampe, de torsion, à irradiation dans le dos, mais beaucoup plus fortes, rendant la vie du malade intenable, et le conduisant parfois au suicide. Depuis le moment où elles sont devenues subintrantes, elles se sont montrées rebelles aux alcalins et au régime. C'est en somme la symptomatologie de l'ulcère calleux grave.

Dans ce tableau, nous devrons rechercher un signe qui pourra nous révéler l'ulcère extériorisé; nous demanderons au patient s'il a présenté, il y a quelques temps, un épisode paroxystique plus intense que les autres, et au cours duquel il a ressenti une douleur particulière, très aiguë, en coup de poignard, qui l'a fait s'aliter pendant plusieurs jours.

Il est très difficile, lorsque cet épisode a existé, de le faire préciser par le malade qui, habitué à beaucoup souffrir, n'y a pas prêté attention la plupart du temps. La statistique de Gjankovic, citée plus haut, nous a montré toute la difficulté de ce diagnostic.

a) Ulcères perforés bouchés par le pancréas

Périgord a bien étudié ce cas et c'est à lui que nous empruntons ces détails.

La perforation du pancréas, d'après lui, est dépistée par

un symptôme capital, pathognomonique : c'est la douleur atroce, localisée à la pointe de l'omoplate gauche, qui persiste en dehors des crises paroxystiques et ne cède à aucun traitement.

Les crises sont du type cœlialgique, avec sensation de torsion et irradiations dans le dos. Dans quelques cas, on perçoit à la palpation une tumeur plus ou moins importante et douloureuse, au niveau du creux épigastrique, sur laquelle Haudek et Faulhaber ont beaucoup insisté.

Si la perforation est très importante, nous pourrons avoir une insuffisance pancréatique typique, avec digestion incomplète, selles grasses, mal élaborées, fétides, copieuses. Mais cela est rare.

b) Ulcères perforés bouchés par le foie

Dans ce cas, les vomissements sont beaucoup plus fréquents, les douleurs se rapprochent de plus en plus des repas. Elles sont épigastriques, « amenant, nous dit Périgord, le malade à se courber, à se tordre, à se recroqueviller en chien de fusil. La douleur retentit violemment dans le dos, des deux côtés, au niveau des deux omoplates. »

A la palpation, on sent une légère contraction susombilicale à gauche et, en dessous, une masse douloureuse à la pression. Ce plastron de périgastrite, que l'on perçoit sous le lobe gauche du foie, est mobile avec ce dernier et le suit dans les mouvements respiratoires.

IV. — RADIOLOGIE

Elle va nous fournir des signes de première importance. Les images formées par l'ulcère seront d'aspect variable et, bien souvent, nous n'aurons pas une niche de Haudek. Mais il existe des signes de certitude qu'il sera bon de rechercher, même en présence d'une niche ulcéreuse banale :

1° La fixité de la tache de bismuth, que l'on ne peut mobiliser par la palpation ou la manœuvre de Chilaïditi.

Signalons cependant que, dans le cas d'ulcération du pancréas, la niche peut monter ou descendre de 3 ou 4 centimètres, entraînant l'organe avec elle.

Dans le cas de perforation du foie, l'estomac suit le diaphragme dans ses mouvements, légèrement attiré vers la droite. La petite courbure est rétractée sur elle-même par les adhérences, et l'on a alors des images « en escargot, en cornue ».

2° La persistance de l'image à plusieurs examens suffisamment éloignés les uns des autres. Il faudra multiplier les clichés, pris à plusieurs jours d'intervalle. On doit voir la niche très longtemps après le début de l'évacuation, et même après l'évacuation. L'ulcère reste alors suspendu en quelque sorte à la muqueuse gastrique. La lésion se trouvant fréquemment à la face postérieure de la petite courbure, il sera bon de pratiquer un examen, le sujet étant couché, de manière à remplir la niche avec la substance opaque, et d'examiner ensuite le malade en position oblique antérieure droite.

3° La séparation de la tache de bismuth du reste de l'estomac par un espace clair.

Signalons que dans des travaux déjà anciens, à une époque où la radiologie gastrique était encore à ses débuts et où on avait une beaucoup moins grande expérience chirurgicale des ulcères, Loeper donnait ce signe comme pathognomonique.

4° De même Faulhaber affirmait que la biloculation gastrique par encoche de la grande courbure était indispensable au diagnostic (l'estomac prenant alors la forme d'un sablier : « sanduchmagen »).

Il disait à l'époque : « Dans tous les cas de niche symptôme en ressaut, avec un estomac en forme de sablier, je considère ce signe comme révélateur ».

Ce symptôme n'a de valeur que lorsqu'il ne s'agit pas

d'un phénomène transitoire, périodique, mais d'une modification organique, permanente, ne cédant pas aux antispasmodique et due à une rétraction en bloc de la muqueuse sous l'influence des adhérences.

Mais l'étude radiologique et gastroscopique que nous avons faite dans les précédents paragraphes a montré que ces signes ne sont que des signes de probabilité et non de certitude.

CONDUITE A TENIR

En 1922, Moutier écrivait, à la suite de nombreuses publications de cas de guérison d'ulcères à niche diverticulaire : « Il se dégage actuellement une impression que nous n'aurions pu formuler il y a un an, à savoir que la niche diverticulaire ne constitue pas à elle seule, comme on l'avait pensé, un argument définitif en faveur d'une intervention chirurgicale ».

Mais cette phrase s'appliquait uniquement aux niches de petites tailles. Nous croyons pouvoir affirmer actuellement qu'elle peut être employée sans restriction.

Nous nous permettrons d'ailleurs de citer à ce sujet l'opinion de R. A. Gutmann. Dans une lettre personnelle que le Professeur agrégé J. Dubarry, à qui elle était adressée, a bien voulu nous communiquer, R. A. Gutmann écrit que les ulcères à niches ovoïdes sont toujours des ulcères bénins : « plus ces ulcères sont gros, plus ils sont dociles au traitement... Les grosses niches ulcéreuses de la petite courbure verticale ne correspondent pas le plus souvent à des ulcères perforés bouchés, surtout lorsqu'ils sont ovoïdes; ce sont les grosses niches pointues qui répondent à de tels cas, aussi n'est-il pas « vain » de les traiter. »

R. A. Gutmann nous indique donc la marche à suivre. En présence d'une niche de Haudek, nous sommes autorisés à instituer un traitement médical, même lorsque la taille de la niche est importante, en prenant toutes les précautions voulues lorsque les symptômes cliniques font penser à un ulcère grave.

Nous ne voulons nullement éliminer systématiquement

l'intervention chirurgicale, nous croyons qu'il y a intérêt à attendre un peu, ne serait-ce que pour fortifier le malade et améliorer ainsi le pronostic opératoire.

Il nous sera facile, par cette méthode, de suivre l'évolution des signes cliniques et radiologiques et, bien souvent, nous constaterons avec surprise la diminution, voire la disparition des symptômes et la reprise du poids. M[lle] Menier et Pelissier, dans leurs thèses, ont rapporté de nombreux cas d'ulcères calleux géants, dont certains avaient été jugés inopérables et qui ont guéri par un traitement conservateur. Tous ces ulcères, qui étaient devenus rebelles à la thérapeutique classique, ont disparu à la suite de deux ou trois séries d'injections d'oxy-ferriscorbone sodique.

Ce médicament nous paraît être le médicament de choix pour le traitement de cette affection, les résultats obtenus sont remarquables. Nos observations, qui abondent dans le même sens que celles de M[lle] Menier et de Pelissier, montrent qu'il y a avantage à l'employer dans tous les cas.

Voyons à ce sujet ce qu'en dit le Professeur agrégé J. Dubarry qui préconisa le premier l'emploi de l'oxy-ferriscorbone sodique dans les ulcères calleux géants :

« Il est intéressant d'essayer systématiquement l'oxy-ferriscorbone sodique dans les ulcères calleux. L'action de ces injections sur l'infiltration et sur l'infection pariétale gastrique constatée dans le cancer peut être aussi manifeste ou encore plus évidente dans l'ulcère. »

Le Professeur agrégé J. Dubarry dit ensuite que les résultats obtenus dans les ulcères calleux l'incitèrent à essayer l'oxy-ferriscorbone sodique chez les vieillards présentant de gros ulcères chroniques. Il spécifie bien que ce médicament ne peut être considéré sur le même plan que les autres médications anti-ulcéreuses. Il ne peut être employé que dans des cas sélectionnés, rebelles, véritablement chirurgicaux. « Depuis quatre ans, nous avons traité, à une exception près, tous nos gros ulcères de la portion verticale de

l'estomac, soit vingt-trois cas, qu'ils siègent sur la petite courbure ou sur la face postérieure de l'estomac... L'oxy-ferriscorbone sodique a été essayée comme dernière ressource médicale avant d'envisager l'intervention chirurgicale. Pour tous nos malades, nous avons observé une sédation des douleurs dans un délai de une à trois semaines... une reprise rapide de l'état général, gain de poids de plusieurs kilogrammes le premier mois et, sauf dans un cas, diminution progressive de la niche jusqu'à sa complète disparition...

« Nous n'osons pas affimer que sans l'oxy-ferriscorbone sodique ces malades n'auraient pas guéri, mais nous croyons que ce traitement a beaucoup contribué à la guérison, l'a déclenchée, l'a hâtée, et la rapidité de la guérison a fait la preuve de la bénignité de la lésion dans ces cas où ni les signes cliniques ni les signes radiologiques ne permettaient de conclure fermement à cet égard. »

Le Professeur agrégé J. Dubarry continue en soulignant l'importance de ces améliorations, voire même de ces guérisons cliniques. Ces faits sont importants pour deux raisons : le cancer ulcériforme ou naissant sur un vieil ulcus est exceptionnel et, d'autre part, l'intervention dans ces gros ulcères est grave. Cette gravité a donné lieu à une discussion à la Société de Gastroentérologie (12 mars 1946), où Petit-Dutaillis et J. Charrier conseillaient de faire précéder la gastrectomie d'une gastrostomie transpylorique, proposée par Santy dès 1921. « Or Santy lui-même, depuis trois ans, ne fait plus de gastrostomie transpylorique dans ces cas. Il fait systématiquement l'oxy-ferriscorbone sodique comme traitement préparatoire.

« Tenus au courant de nos résultats brillants obtenus par l'oxy-ferriscorbone sodique dans les gros ulcères haut situés, les auteurs lyonnais, les Professeurs F. Arloing, A. Morel et A. Josserand ont actuellement, en effet, adopté ce traitement, le plus souvent à titre préopératoire, comme nous le préconisions dès 1941, quelquefois chez des sujets âgés ou

à état général déficient, comme seule thérapeutique anti-ulcéreuse. »

Le Professeur J. Dubarry n'est nullement opposé au traitement chirurgical, mais ses malades ont été suffisamment améliorés pour ne pas juger bon de se faire opérer. Pour la portion horizontale de l'estomac, où le cancer peut être suspecté, on ne doit instituer le traitement que dans le seul but de préparer le malade à l'opération. Il ne semble pas y avoir, à son avis, d'amélioration dans l'ulcère duodénal.

Nous voyons donc toute l'importance de ce médicament nouveau qui, souvent, permettra des guérisons inespérées et diminuera notablement le taux de mortalité opératoire, dans les cas où l'opération se révélera indispensable.

CONCLUSIONS

Beaucoup d'auteurs entendent par niche de Haudek toutes les images diverticulaires de nature ulcéreuse de la portion verticale de l'estomac. Nous pensons que cette interprétation n'est pas juste et qu'il faut s'en tenir à la définition donnée par Haudek : « niche volumineuse, appendue à la petite courbure, séparée d'elle par un collet, surmontée généralement sur les clichés pris en position debout, d'un niveau liquidien et d'une bulle d'air ».

Cet aspect bien particulier est considéré par la plupart des auteurs comme dû à un ulcère perforé bouché, dont la gastrectomie est la seule thérapeutique permettant la guérison. Mais pour ces gros ulcères de la portion verticale de l'estomac, la gastrectomie reste une intervention difficile, grevée d'une mortalité non négligeable.

Or, après R. A. Gutmann, qui considère que les grosses niches ulcéreuses de la petite courbure ne correspondent pas à des ulcères perforés bouchés, surtout lorsqu'elles sont ovoïdes, nous nous élevons à notre tour contre cette opinion classique. L'image typique de Haudek s'observe très fréquemment dans des ulcères simples quoique géants, et ces ulcères sont bien souvent bénins, susceptibles de guérir avec un traitement médical approprié.

Il faut chercher d'autres critères de diagnostic que la forme et la dimension de la niche pour conclure à la perforation ulcéreuse bouchée. Mais ni la clinique ni la radiologie ne fournissent de critères formels à cet égard.

Tous nos malades ont été traités par l'oxy-ferriscorbone sodique, thérapeutique toujours pratiquée dans les gros

ulcères de la partie verticale de l'estomac par le Professeur agrégé J. Dubarry (à qui nous devons toutes nos observations). Ce traitement permet le plus souvent l'effacement complet des grosses niches du type Haudek. C'est sans doute la preuve qu'il ne s'agit pas d'ulcères perforés bouchés, mais d'ulcères géants simples, non extériorisés, malgré les dimensions de la niche.

Par contre, quand sous l'effet de l'oxy-ferriscorbone sodique, la niche du type Haudek diminue simplement sans s'effacer complètement, même avec une disparition des signes cliniques, peut-être s'agit-il alors d'ulcères perforés bouchés. Mais tous nos malades ainsi traités pour des lésions de la portion verticale de l'estomac, ont été améliorés de façon telle qu'aucun, jusqu'ici, n'a été opéré. Nous ne pouvons donc pas affirmer, mais simplement supposer que ces niches de Haudek, que l'oxy-ferriscorbone sodique ne guérit pas complètement, sont des ulcères extériorisés, perforés bouchés (il est entendu que, par guérison complète de l'ulcère, nous ne voulons pas dire guérison définitive de la maladie ulcéreuse).

Les résultats du traitement par l'oxy-ferriscorbone dans les gros ulcères de la portion verticale de l'estomac, à niche de Haudek, la plupart du temps rebelles aux traitements anti-ulcéreux habituels, en même temps qu'ils apportent la preuve qu'il ne s'agit pas le plus souvent d'ulcères perforés bouchés, doivent inciter à instituer systématiquement un traitement médical pour tous ces cas. Ici, il n'y a guère à redouter l'erreur de diagnostic avec le cancer. D'autre part, l'intervention chirurgicale ne peut être une gastro-entérostomie, mais une gastrectomie subtotale ou totale, toujours difficile et grave.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
R. DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 Juin 1947.

Le Recteur,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Béclère (H.). — Radiodiagnostic des maladies de l'estomac. Images lacunaires et diverticulaires. *Paris Médical,* 4e année, janvier 1924, n° 5.

Caille et Moutier (F.). — Six observations de malades à niches diverticulaires guéries médicalement. Société de Gastro-entérologie, Paris, 4 décembre 1922.

— Ulcères de l'estomac à niches de Haudek. *Ibid.*

Castay (F.). — Divers aspects de niches de la petite courbure et significations. *Presse Médicale,* 15 décembre 1934, p. 2026.

Chaumet (G.). — Traité de radiodiagnostic. Paris, Vigot, 1930.

Delor, Martin et Mallet (G.). — Lésions de voisinage dans l'ulcère gastrique chronique. *Archives Franco-Belges de Chirurgie,* 1925, n° 58.

Nobelé (de). — Radiodiagnostic de l'ulcère chronique. *Arch. de Médecine Gand,* 1911, p. 110.

Dubarry (J.). — Essai de traitement des ulcères calleux par la ferriscorbone sodique. Soc. de Gastro-entérologie de Paris, 5 juillet 1943; *Arch. des Mal. de l'App. digest.,* novembre-décembre 1943, t. *32,* n° 11-12.

Durand (H.) et Nemours (A.). — Séméiologie radiologique de l'ulcère de l'estomac.

Duval (P.), Roux (Ch) et Béclère (H.). — Radiologie clinique du tube digestif. Paris, Masson, 1930-1935.

Duval (P.) et Delacenière (H.). — L'ulcère de la petite courbure. *Presse Médicale,* Paris, 1920, p. 727.

Einhorn (M.). — Diagnose und Behandlung des penetrierenden magenschwür. *Arch. f. Verdenungskr.,* Berlin, p. 267.

— Röntgenography of the stomach. *The Medical Record New-York,* 1906, p. 572.

Fagot (M.). — Contribution à l'étude étiologique des ulcères géants. Thèse, Paris, 1921.

Faulhaber (H.). — Zur Röntgendiagnostik des tiefgreifenden

(Kallösen) ulcus ventriculi. *Münchener Medizinische Wochenschrift,* 1910, p. 2073.

Feissly. — Modifications radiologiques qu'on observe souvent dans les ulcères gastriques à niche de Haudek. *Arch. Mal. App. dig.,* Paris, 1923, p. 988.

Finsterer (H.). — Chirurgische behandlung der magen ulcus und Darmblutungen. *Wiener K. W.,* 1922, p. 846.

Fondeville (A.). — Contribution à l'étude des ulcères géants de l'estomac. Thèse, Nancy, 1920.

Frandsen (J.). — The pronostic significance of Haudek's notch. *Acta Med. Scandin.,* Stockholm, 1924-1925, p. 481.

Gattelier (J.). — Encyclopédie médico-chirurgicale. Maladies de l'estomac (perforation couverte).

Ginesty (A.). — Contribution à l'étude des ulcères de la petite courbure. Thèse, Toulouse, 1922.

Grieg. — A case of gastric ulc. with Haudek's niche. *Med. Revue,* 1922, p. 463.

Gutmann (R. A.). — Opposition des constatations radiologiques opératoires. *Réf. Soc. Radiol. Méd. de France,* octobre 1931.

— Critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux. *Presse Médicale,* 21 octobre 1931.

— Les niches de la petite courbure. Médecine ou Chirurgie ? 1939.

— Syndromes douloureux de la région épigastrique, 3e édit. Paris, Doin, 1940.

Haudek (M.). — Radiologische beträge zur diagnostic des ulcus und carcinoma ventriculi. *Münchener Medizinische Wochenschrift,* 1911, p. 399.

— Die röntgendiagnose eines callösen ulcus ventriculi mit sekundärer eitriger perigastritis. *Wiener Med. W.,* 1910.

— The rœntgendiagnostik of chronic gastric ulcer. *Ar. Rœntgen Ray. London,* décembre 1911, n° 6, p. 25.

— Zur rœntgenologischen diagnose der ulzerationen in der pars media des magnens. *Münchener Med. W.,* 1910, p. 1587-1591.

— Die Röntgendiagnose des Kallosen (penetrierenden) Magenschwürs und ihre Rederstung. *Münchener Med. W.,* 1910, p. 2463-2467.

Jaugeas (F.). — Précis de radiodiagnostic. Paris, Masson, 1913.

Kelling. — Kallöse ulcus. *Münchener Med. W.*, 1er mai 1910, n° 38.

Lanchon (G.). — Ulcère géant de la petite courbure. Thèse, Paris, 1939.

Leriche (R.). — Traitement de l'ulcère calleux pénétrant de l'estomac. *Revue de Gyn. et de Chir. Abd.*, Paris, 1906, p. 247.

Lejeune. — Radiographie des ulcères calleux. *Bull. et Mém. Soc. Rad. Méd.*, Paris, 1914, p. 191.

Mathieu (A.) et Moutier (F.). — L'ulcère géant de l'estomac. *Arch. Mal. App. dig.*, 1919.

Maupillier (R.). — Contribution à l'étude et au traitement des ulcères perforés bouchés de l'estomac. Thèse, Paris, 1936.

Menier (G.). — Traitement de vingt-quatre cas d'ulcères gastro-duodénaux rebelles par l'oxy-ferriscorbone sodique. Thèse, Bordeaux, 1944.

Moutier (F.). — Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac. Paris, Masson, 1935.

Oberling (Ch.). — Encyclopédie médico-chirurgicale. Estomac (anat. path. de l'ulcère gastrique).

Oudard (M.). — Guérison médicale d'un ulcère à niche de Haudek. Soc. Chir., séance du 15 juin 1921.

Pélissier (A.). — Contribution à l'étude des ulcères gastro-duodénaux récents chez les vieillards. Thèse, Bordeaux, 1945.

Périgord (D.). — Remarques sur le diagnostic et le traitement des ulcères pénétrants de l'estomac. Thèse, Paris, 1926.

Ramond (F.). — Maladies de l'estomac. Paris, Masson, 1941.

Roussiel (M.). — L'ulcère de la petite courbure. Congrès de Chirurgie, 1920, p. 245.

Soupault (M.). — Traité des maladies de l'estomac. Paris, J.-B. Baillière, 1906.

Thobie (A. J.). — Etude clinique de l'ulcère gastro-duodénal perforé bouché. Paris, 1942.

Tisserand. — Sur les ulcères de la petite courbure. Congrès de Chir., 1920, p. 273.

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, 3, place de la Victoire. — N° 31.2174